

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
Pathogénique de la scaphoïdite tarsienne
(Scaphoïdique tarsienne post-thyphique)

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 mai 1933

PAR

Philibert TAÏLAMÉ

Né le 21 Août 1901, au Lamentin (Martinique)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examineurs de la Thèse	{	MM. MASSABUAU professeur, <i>président</i> .	{	<i>assesseurs</i>
		ETIENNE professeur.		
		COLL DE CARRERA, agrégé		
		AIMES, agrégé.		

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1933

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE PATHOGENIQUE

DE LA SCAPHOÏDITE TARSIIENNE

(SCAPHOÏDITE TARSIIENNE POST-TYPHIQUE)

FACULTÉ DE MÉDECINE

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE
Pathogénique de la scaphoïdite tarsienne
[Scaphoïdique tarsienne post-thyphique]

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 12 mai 1933

PAR

Philibert TAÏLAMÉ

Né le 21 Août 1901, au Lamentin (Martinique)

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

(MENTION MÉDECINE)

Examineurs de la Thèse	{	MM. MASSABUAU professeur, <i>président</i> . ETIENNE professeur. COLL DE CARRERA, agrégé AIMES, agrégé.	}	<i>assesseurs</i>
---------------------------	---	--	---	-------------------

MONTPELLIER
IMPRIMERIE MARI-LAVIT
1, RUE DE SAUVAGES, 1

1933

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Professeurs

Anatomie	MM. J. DELMAS
Histologie	TURCHINI
Physiologie	N...
Chimie biologique et médicale	CRISTOL
Physique médicale	PECH
Botanique et histoire naturelle médicale	GALAVIELLE
Anatomie pathologique	GRYNFELT
Microbiologie	LISBONNE, asses.
Pathologie et thérapeutique générales	BOSC
Thérapeutique et matière médicale	BOUDET
Hydrologie thérapeutique et climatologie	N...
Hygiène	CARRIEU
Médecine légale et médecine sociale	GAUSSEL
Pathologie médicale et clinique propédeutique	GIRAUD
Clinique médicale	VIRES
	RIMBAUD
Clinique chirurgicale	MASSABUAU
	RICHE
Clinique obstétricale	P. DELMAS
Clinique des maladies mentales et nerveuses	EUZIERE, doyen
Clin. des mal. des enfants et hyg. du premier âge	LEENHARDT
Clinique de dermatosyphiligraphie	MARGAROT
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ETIENNE
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU
Clinique gynécologique	LAPEYRE
Clinique ophtalmologique	VILLARD
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	TERRACOL
Physiologie (Ch. de c.)	L. HEDON
Matière médicale (Ch. de c.)	CABANNES
Radiologie	LAMARQUE

Honorariat

Doyen honoraire : M. MAIRET

Professeurs honoraires :

MM. RODET, TEDENAT, MAIRET, GRANEL, VALLOIS, FORGUE,
ESTOR et BERTIN-SANS

Chargés de Cours Complémentaires

Anatomie	MM. LAUX
Histologie	GRANEL
Physiologie	L. HEDON, Prof.
Pathologie expérimentale	PAGES
Matière médicale	CABANNES, prof.
Pathologie médicale	PUECH
Pathologie externe	AIMES
Médecine opératoire	SOUBEIRAN, ag. libre.
Accouchements	COLL DE CARRERA
Clinique phtisiologique	GAUSSEL, prof.
Clinique propédeutique médicale	BOULET
Stomatologie	D ^r WATTON



Agrégés en exercice

Chirurgie	MM. AIMES
	N...
Médecine	MM. BOULET
	PAGES
	PUECH
	JANBON
Anatomie	LAUX
Chimie	N...
Obstétrique	COLL DE CARRERA
Histologie	GRANEL

Examineurs de la Thèse

MM. MASSABUAU, profes., président.
ÉTIENNE, professeur.

MM. COLL DE CARRERA, agrégé.
AIMES, agrégé.

La Faculté de médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

IN MEMORIAM

A MA MERE

A MA GRAND'MERE

MADAME VICTOR ALEXANDRIE

A MADEMOISELLE LUCIE VAUBAN

*guides affectueux et dévoués de
mon enfance, je dédie ce
modeste travail, faible témoi-
gnage de mon pieux souvenir.*

A MES GRANDS PARENTS

A MON PERE

*à qui je dois tout, hommages
de profonde affection et d'in-
finie reconnaissance.*

A MES FRERES ET A MA SŒUR

A MA BELLE-MERE

A MES ONCLES ET A MES TANTES

A MADAME OLIVRY

*qui me prodigua ses conseils et
ses bons soins pendant mes
longues années d'études.,
Témoignage de ma profonde
gratitude.*

AUX MIENS, A TOUS MES AMIS

A M. LE PROFESSEUR MASSABUAU

*qui a bien voulu accepter la
présidence de cette thèse
Hommages respectueux.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR AGREGÉ AIMES

*qui a inspiré et guidé ce tra-
vail.
Qu'il veuille bien trouver ici la
marque de mon entière recon-
naissance.*

A MON JURY DE THESE

A MES MAÎTRES DE LA FACULTE DE MEDECINE
DE MONTPELLIER

AVANT-PROPOS

Avant d'aborder le sujet de notre thèse, nous voulons exprimer ici toute notre reconnaissance à ceux qui nous ont aidé et à ceux qui firent notre instruction médicale.

Nos remerciements vont particulièrement à M. le professeur Euzière, doyen de la Faculté de Médecine, qui, dans des circonstances pénibles, ne nous ménagea pas ses conseils éclairés et nous accorda son aide.

A M. le professeur Cristol, qui nous reçut avec beaucoup de bienveillance dans les laboratoires de chimie clinique des hôpitaux de Montpellier et ne cessa de nous prodiguer ses conseils.

A M. le professeur agrégé Aimes, qui a été pour nous un maître remarquable par son enseignement et sa bienveillance. Il nous donna toutes les occasions de nous instruire à la consultation gratuite qu'il dirige à l'Hôpital Général.

INTRODUCTION

En 1908, l'éminent radiologiste de Weisbaden, le professeur KOHLER, présentait au Congrès allemand de Radiographie, une affection du scaphoïde du tarse possédant des caractères radiologiques inconnus jusqu'alors. Cette communication, qui comportait trois observations, avait pour titre : « Affection fréquente de certains os de l'enfant paraissant inconnue jusqu'à ce jour ». Elle donna lieu à une discussion immédiate et fut suivie d'un certain nombre de publications de cas analogues, surtout en Allemagne. Il n'y eut que très peu de cas publiés en France.

En juillet 1920, MOUCHET et RœDERER, dans la *Revue d'Orthopédie*, mirent la question au point et, suivant l'opinion de FRÆLICH, proposèrent l'expression « Scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants » qui fut acceptée ; le nom de « maladie de KOHLER » pouvant prêter la confusion. KOHLER a, en effet, décrit au niveau de l'articulation métartaso-phalangienne du 2^e orteil, une ostéo-arthrite qui porte son nom.

De toutes ces observations, il résulte une étude cli-

nique radiologique complète de la scaphoïde tarsienne, mais l'accord n'est pas fait sur son étiologie.

KOEHLER avait affirmé sa conviction d'être en présence d'une maladie nouvelle et chaque auteur voulut, selon les cas qu'il avait observés, attribuer une pathogénie unique à ce qu'il croyait être une entité morbide.

Ainsi on attribua à cette affection les causes les plus diverses : anomalies du développement, traumatisme, fracture, etc...

En 1923, Jean-Marie MARCHAND, dans sa thèse de doctorat, fait l'étude critique des pathogénies proposées et, sans être trop affirmatif, donne sa préférence à la théorie de la fracture pathologique. Il passe sous silence la théorie inflammatoire, théorie séduisante pourtant, née des travaux du professeur FRÉLICH, de Nancy, et formulée dans la thèse de RADOULOVITCH en 1921. En 1924, MM. Paul LECÈNE et Albert MOUCHET, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie*, devaient reprendre l'hypothèse de l'inflammation et, grâce à une bonne étude anatomo-pathologique, l'illustrer de telle façon qu'elle devint la théorie la plus communément admise. Ils conclurent à une ostéomyélite par staphylococcie atténuée. Mais depuis quelque temps, on a trouvé des scaphoïdites tarsiennes d'autres natures.

Déjà en 1923, NOVÉ JOSSERAND avait publié un cas de scaphoïdite tarsienne où le bacille de Koch semblait être le germe causal ; mais on ne voulut voir dans ce cas qu'une coïncidence fortuite. Dans la revue d'orthopédie, en 1929, MASSABUAU et MARCHAND, et en 1930, AIMES et Mlle le docteur SENTIS publièrent un cas où

tarsienne où le bacille de Koch est nettement en cause.

Enfin tout dernièrement, M. le professeur agrégé s'observation de M. AIMES et de Mlle SENTIS celle qui a cette affection est imputable au bacille d'Eberth.

Le but de ce travail est de réunir en une même étude les cas de scaphoïdite tarsienne d'origine nettement inflammatoire dont l'agent spécifique a été identifié.

Dans un premier chapitre, nous reproduirons l'observation de M. AIMES et de Mlle SENTIS, celle qui a inspiré ce travail. Dans le deuxième chapitre, nous traiterons des signes cliniques et radiologiques de la scaphoïdite tarsienne et nous essayerons de montrer que le cas signalé plus haut est bien un cas de scaphoïdite tarsienne post-typhique.

Le troisième chapitre sera l'étude des diverses pathogénies attribuées à cette affection. Nous y insisterons sur la théorie inflammatoire et particulièrement sur les cas où le bacille de Koch est en cause, ce qui nous permettra de conclure à la multiplicité des causes qui peuvent réaliser ce syndrome qu'est la scaphoïdite tarsienne.

OBSERVATION DE Mlle SENTIS et M. AIMES

Un cas de scaphoïdite tarsienne post-typhique

Q... (Marguerite), née le 27 juillet 1925, bien portante jusqu'ici (rougeole et coqueluche bénignes), fille de parents bien portants, a fait séjour à Lunel, du 1^{er} au 13 février 1930, chez une tante qui a un dépôt de chiffons. Il y a, à Lunel, des cas de typhoïde ; aucun renseignement sur l'eau de boisson (eau de puits probablement).

Le 24 février, l'enfant, jusque-là bien portante (cependant, depuis une dizaine de jours elle avait très peu d'appétit et s'endormait en rentrant de l'école), s'est plainte d'une lassitude extrême et de douleurs dans les membres. La température, prise ce soir-là, est au-dessus de 40°. La mère remarque une raideur parquée des membres. L'enfant avait de la diarrhée depuis le 25 février.

Le 25 février, céphalée marquée état délirant, raideur de la nuque et Kernig très intense. Langue saburrale, sans caractères nets. Abdomen ballonné légèrement. On pense à une méningite cérébro-spinale possible.

La ponction lombaire donne un liquide céphalo-rachidien normal ; la présence de sang dans ce liquide empêche la numération globulaire, mais il y a plutôt leucopénie.

L'état méningé avec délire et l'état subcomateux persistent pendant quatre jours.

Le 27 février, une hémoculture en bouillon donne de l'Eberth. Les cultures du liquide céphalo-rachidien restent négatives.

Le 28 février, apparaît sur la face interne de la joue gauche, une plaque de noma, des dimensions d'un poids-chiche. Les dents sont très cariées et il y a une stomatite marquée. Langue très sèche ; état général profondément typhique. On donne X gouttes d'adrénaline toutes les trois heures.

Le 1^{er} mars apparaît un spacieux intéressant la muqueuse de toute la bouche et du pharynx, avec dysphagie intense : lavages répétés avec un tampon de coton et de liqueur de

Labarraque, puis du bleu de méthylène. Ce dernier paraît avoir un meilleur effet.

Bronchite disséminée légère, ni toux, ni dyspnée. Trois injections intraveineuses de 0,15 de novarsénol.

Le 5 mars, la malade est dyspnéique et vomit. Gros souffle tubaire à la base gauche, sans matité, paraissant en relation avec une médiastinite.

Les jours suivants, nausées, dysphagie marquée, douleurs à la déglutition, vomissements continuels, cœur incomptable (au-dessus de 200). On pense à une compression médiastinale probable.

Le 12 mars, apparaît de la matité et un foyer de râles à la base gauche. La malade se met à tousser et à cracher. La température, qui avait baissé progressivement et se maintenait aux environs de 38°5, remonte au-dessus de 40°.

Le 20 mars, douleur dans le pied gauche, sans nouvelle élévation de température.

L'enfant avait eu des escarres sacrées, et on avait ouvert un abcès contenant du pus bien lié, au niveau de l'apophyse épineuse de la 3^e lombaire.

Les enveloppements humides avaient été supprimés et la cicatrisation à ce niveau était en bonne voie. On fait un 1/2 cent. cube de vaccin typhique et 1/2 cent. cube de polyvalent 21.O.D. Accès de fièvre à 40°2, puis chute de la température.

Le 23 mars, albuminurie à 0 gr. 40 par litre.

Le 24 mars, nouvelle injection de 1 centimètre cube des deux vaccins, ascension à 40° suivie d'une chute thermique de vingt-quatre heures.

La troisième injection, quatre jours plus tard, amène régulièrement la température qui oscille entre 37° et 39° jusqu'au 15 avril.

Ce jour-là on incise un abcès sur la face interne du pied gauche au niveau du scaphoïde.

Ensuite, la température reste irrégulière, au-dessous du 38°. De nombreuses poussées inflammatoires se produisent au niveau du pied gauche, avec tuméfaction de la face interne et de la face dorsale.

L'état pulmonaire s'atténue ; la malade tousse moins et ne crache plus ; elle ne vomit plus et supporte une alimentation de plus en plus abondante.

Le 30 avril, la radioscopie montre une obscurité marquée de la base gauche.

La radiographie du pied gauche révèle un aspect de scaphoïdite tarsienne : le scaphoïde est aplati transversalement, et divisé en deux parties. Au niveau de la zone centrale de la partie inférieure, existe une couche de tissu osseux calcifié très opaque, terminée par une zone ovulaire de densité moins accusée.

A droite, le squelette du pied est normal.

23 mai : l'état général est bon, instabilité thermique sans fièvre vraie, pouls à 120. Appétit assez bon, la malade mange de tout ; la diarrhée a cessé depuis un mois environ (depuis la mi-mars), les selles sont normales, le ventre est souple. Pas d'albumine dans les urines.

A l'auscultation, les souffles ont disparu ; foyer de râles gras et humides à la base gauche.

Pied gauche : crises douloureuses très violentes, d'une durée de une heure environ, chaque soir, vers 22, 23 heures et de temps en temps dans la journée.

Tuméfaction marquée du bord interne du pied et du tarse ; une deuxième incision a été faite au début de mai, les deux plaies donnent très peu. On perçoit, à la palpation, sous le gonflement des parties molles, une tuméfaction osseuse marquée ; la pression réveille une douleur sourde.

La malade perd les cheveux.

Le traitement a consisté en enveloppements froids, soins hygiéniques attentifs, désinfection du nez, de la bouche, de la peau. Boissons aussi abondantes que possible, reprise de l'alimentation semi-liquide le plus tôt possible, puis purées épaisses.

Injectons de septicémine, coramine, huile camphrée ; adrénaline potions toniques, potions à l'acétate d'ammoniaque, vaccins antityphique, polyvalent n° 2 I. O. D., novarsénobenzol intraveineux.

ETUDE CLINIQUE ET RADIOLOGIQUE DE LA SCAPHOÏDITE TARSIENNE

SIGNES CLINIQUES. — La symptomatologie de la scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants est simple, presque schématique ; elle est à peu près la même dans toutes les observations : un garçon ou une fille, entre 5 et 10 ans, se plaint un jour de souffrir au niveau du scaphoïde, soit à droite, soit à gauche. Il raconte quelquefois qu'il s'est tordu le pied. L'enfant boite légèrement il pose le pied à terre avec précaution, tantôt en varus, mais moins souvent en valgus.

Cependant tous les mouvements du pied sur la jambe sont conservés. On note aussi une légère atrophie des muscles de la jambe et un gonflement de la région scaphoïdienne. Le signe capital est la douleur. Si l'enfant boite, c'est parce qu'il souffre et cherche à diminuer sa souffrance par une attitude défectueuse.

Ces souffrances l'obligent à arrêter ses jeux, elles sont plus intenses le soir après les fatigues de la journée et sont calmées par le repos. En somme, trois signes positifs résument le tableau clinique de la scaphoïdite tarsienne. Ce sont : la douleur à la mar-

che exagérée par la pression sur le scaphoïde, la boiterie et le gonflement de la région scaphoïdienne.

Trois autres signes indiquent la bénignité de l'affection : bon état général, conservation de tous les mouvements du pied sur la jambe, intégrité des autres os.

ETUDE RADIOLOGIQUE

Dans cette affection, l'examen radiologique est d'une importance capitale. Les signes cliniques sont si peu accusés et l'image radiologique a des caractères si constants, que MOUCHET et RÖDERER ont pu dire en parlant de cette affection : « La clinique est presque rien, la radiologie est tout ». Nous verrons d'ailleurs plus loin que cette phrase n'est plus acceptable. Son auteur Albert MOUCHET reconnaît lui-même qu'elle est trop lapidaire et qu'à la lumière des observations récentes, elle devrait être complétée. Quoiqu'il en soit, les signes radiologiques gardent toute leur valeur dans le diagnostic positif de la scaphoïdite tarsienne ; et pour indiquer leur caractère pathognomonique que je ne puis mieux faire que citer MOUCHET et RÖDERER :

« L'image radiologique de la scaphoïdite tarsienne est absolument caractéristique, et quand on l'a vue une fois, on ne l'oublie plus. Le scaphoïde seul est modifié à l'exclusion des autres os ».

Constante d'un cas à un autre, cette image présente des aspects différents selon le stade auquel la

radiographie est faite. Deux phases sont intéressantes : la phase de début et la phase de réparation.

I. — *Phase de début.* — On note des altérations dans la forme, le volume et la structure du scaphoïde.

L'os est aplati dans le sous antéro-postérieur et prend la forme d'une galette, d'un suénisque. Les bords sont irréguliers, dentelés. Malgré son étalement, le scaphoïde a diminué de volume. Sa structure est modifiée, il est hypercaléifié et apparaît sur le cliché suivant deux types bien différents :

Le type homogène ;

Le type strié ou pommelé.

Dans le premier type, de beaucoup le plus fréquent d'après MASSABUAU et MARCHAND », la répartition des sels de chaux est homogène et le scaphoïde revêt l'aspect métallique. Dans le deuxième type, la condensation calcaire est inégalement répartie et l'on voit des zones claires alternant avec des zones sombres.

II. — *Phase de réparation.* — La phase de réparation est caractérisée par le retour du scaphoïde à la normale.

De nouvelles couches osseuses sont déposées concentriquement autour du noyau condensé qui devient plus transparent au rayon X. Dans certains cas, on arrive à une image absolument normale et le diagnostic rétrospectif est impossible, parfois les contours du scaphoïde sont nets, mais réguliers et une zone de condensation persiste.

Cette évolution radiologique dure 18 mois à 2 ans et ne prend fin que longtemps après la disparition des signes cliniques.

LES SIGNES CLINIQUES ET RADIOLOGIQUES RAPPORTÉS DANS
L'OBSERVATION DE M. AIMES ET Mlle SENTIS, SONT BIEN
CEUX DE LA SCAPHOÏDITE TARSIIENNE.

En rapprochant l'observation de M. AIMES et Mlle SENTIS de l'étude précédente de la scaphoïdite tarsienne, il nous est facile de saisir la similitude des signes tant cliniques que radiologiques, et nous pouvons dire dès maintenant qu'au décours d'une fièvre typhoïde, on a trouvé une affection du scaphoïde du tarse répondant en tout point à l'affection décrite par KÖELER au IV^e Congrès allemand de radiographie. Serait-ce une simple coïncidence ? Nous ne le croyons pas ! Dans le chapitre suivant, nous montrerons que la scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants n'est qu'un syndrome qui a pu être réalisé par des causes multiples. C'est pour la première fois que le bacille d'Eberth est incriminé, mais souvent le staphylocoque ou le bacille de Koch a été considéré comme le germe causal de cette affection.

PATHOGENIE

Les théories pathogéniques sont multiples ; ce sont dans l'ordre chronologique :

1° La théorie des anomalies du développement de KOEHLER, d'ALBECTI ;

2° La théorie traumatique de SCHULTZE et STUMWE ;

3° La théorie de la fracture pathologique supposant deux facteurs : le traumatisme et la dystrophie osseuse. La fracture ne suffit pas pour réaliser la scaphoïdite tarsienne, il faut un état pathologique antérieur de l'os ;

4° La théorie inflammatoire.

L'étude critique de ces diverses pathogénies a été faite par plusieurs auteurs, en particulier par MARCHAND, dans sa thèse de doctorat (Paris 1923).

Nous ne reprendrons pas cette étude et exposerons seulement la théorie inflammatoire.

THEORIE INFLAMMATOIRE

a) *Staphylocoque atténué*

Jusqu'en 1921, la pathogénie de la scaphoïdite tarsienne oscillait entre l'anomalie du développement, le traumatisme et la fracture pathologique ; à cette date apparaît, avec le Professeur FRÉLICHE (de Nancy), la

théorie inflammatoire FRÉLICHE *attribue* à la maladie de KÆHLER, qu'il appelle scaphoïdite de croissance, la même pathogénie qu'aux diverses apophysites très bien étudiées par lui dans un article intitulé : Des apophysites de croissance.

Dans cet article, l'auteur écrit : « Pour notre part, nous ne pouvons ne pas voir dans ces différentes manifestations pathologiques, une ressemblance avec les manifestations ostéo-myélitiques atténuées que nous connaissons comme lésions secondaires au cours d'une ostéomyélite aiguë franche ou comme manifestation primitive isolée. »

Cette théorie si séduisante puisqu'elle attribue la maladie de KÆHLER à la localisation du staphylocoque, sa virulence atténuée dans une région très congestionnée et en pleine période de transformation du stade cartilagineux au stade osseux, a été reprise avec examen anatomopathologique à l'appui par Paul LECÈNE et Albert MOUCHET dans le *Bulletin de Chirurgie* de 1924.

En présence d'un cas douteux en raison de l'intensité des signes physiques et l'insignifiance des signes radiologiques, ils décidèrent d'intervenir chirurgicalement ; ce que l'on ne doit jamais faire quand le diagnostic de la scaphoïdite tarsienne est bien posé, la lésion évoluant naturellement vers la guérison. Du scaphoïde enlevé, ils purent faire l'étude anatomique complète : macroscopique et microscopique,

*OBSERVATION.— Recherches anatomopathologiques
et interprétation*

par MM. Paul LECÈNE et Albert MOUCHET

L... (Serge), un garçon de 8 ans et demi, est amené par sa mère le 13 novembre 1923 à la consultation de chirurgie infantile de l'hôpital St-Louis, pour un gonflement douloureux du pied gauche avec gêne de la marche.

On constate à la partie moyenne de la face dorsale du pied, une tuméfaction étalée, prédominante à la région scaphoïdienne, se terminant insensiblement à la région métatarsienne en avant, à la région tibio-tarsienne en arrière. En dedans, la tuméfaction s'étend jusqu'au bord interne du pied ; en dehors elle reste à distance du bord externe.

Les téguments paraissent plus chauds au niveau de cette tuméfaction ; leur coloration est un peu plus rouge qu'à la jambe et à l'extrémité du pied.

La palpation révèle une douleur nette au niveau du tubercule du scaphoïde et sur la face dorsale de cet os. Aucune sensibilité à la pression des autres os du tarse ou du métatarse.

Les mouvements de torsion du pied, en dedans ou en dehors, sont seuls douloureux. La flexion et l'extension sont normales. L'enfant marche sur le bord externe du pied en relevant son bord interne.

Les muscles de la jambe sont légèrement atrophiés.

L'enfant est admis dans le service de l'un de nous et ne quitte pas le lit.

Au bout de quelques jours, le pied ne présente plus de gonflement au niveau de sa face dorsale. Mais il conserve la douleur à la pression sur le scaphoïde et la mimitation des mouvements de torsion.

L'examen le plus minutieux de tout le corps ne permet pas de découvrir de stigmate d'hérédo-syphilis : pas davan-

tage de signe de tuberculose. La réaction de Bordet-Wassermann est négative. L'enfant a toujours été bien portant et ses parents le sont également.

Les images radiographiques du pied gauche douloureux et du pied droit, nous montrèrent au pied gauche des altérations nettes du scaphoïde, avec intégrité de tous les autres os de ce pied.

L'image dorso-plantaire, de face, révélait un scaphoïde aplati (8 millimètres de diamètre antéro-postérieur au lieu de 11), étalé dans le sens transversal (22 millimètres au lieu de 18), déformé dans son contour, il a un aspect « pommelè », « tigré », dû à des tâches arrondies ou ovalaires de tissu osseux calcifié très opaque, difficiles à dénombrer, mais dont on peut compter 7 à 8 de volume variable.

L'image de profil, qui a été prise dans des conditions aussi rigoureusement comparables que possible du côté sain et du côté malade, montre un scaphoïde gauche marquant la même hauteur que celui du côté droit, non étalé par conséquent dans son diamètre vertical, comme il l'était dans son diamètre transversal, mais déformé, moins régulier dans son contour que le scaphoïde droit et parsemé de tâches de condensation osseuse (4 environ, deux petites en haut, une en bas, une plus importante au centre).

En somme, nous n'avions pas l'aspect radiographique aussi typique que dans les autres cas observés par nous (3 cas personnels de MOUCHET et 2 cas de RØDERER et de Laurent MOREAU que nous avons pu examiner). Le scaphoïde était moins aplati, moins étalé, moins irrégulier dans ses contours. Sa calcification était moindre d'une façon générale, moins intense et moins étendue, disposée par tâches disséminées plutôt que par larges traînées.

Cet aspect radiographique « atténué », joint à l'allure clinique assez inflammatoire, nous fit hésiter à porter le diagnostic de scaphoïdite et nous prîmes le parti d'intervenir opératoirement. Nous estimions que, si nous avions à faire à un foyer inflammatoire ou tuberculeux, au lieu d'être en présence d'une scaphoïdite qui guérit toute seule, nous pouvions ainsi supprimer rapidement un foyer malade avant

que les articulations voisines aient été atteintes, et s'il s'agissait en réalité d'une scaphoïdite, un peu insolite sans doute, à cause d'une évolution commençante, nous n'aggravions pas l'état du malade par la suppression de son scaphoïde, surtout en pratiquant une résection sous-périostée.

Le 23 novembre 1923, nous intervenons sous l'anesthésie générale à l'éther. Une incision de quelques centimètres sur le bord interne du pied gauche, incision légèrement courbe à convexité supérieure, nous permet un accès facile sur le scaphoïde qui paraît extérieurement tout à fait sain. Les interlignes articulaires voisins sont normaux ; aucune altération des surfaces articulaires, pas plus que des parties molles périphériques.

Le scaphoïde est enlevé dans sa totalité, sutures en masse des parties molles aux crins de Florence.

Appareil plâtré qui est enlevé le 10 janvier 1924.

L'enfant a commencé à marcher depuis quelques jours ; il ne se plaint plus de son pied. Le scaphoïde se reforme, le fait est nettement visible sur la radiographie.

Au cours de l'opération, l'aspect normal du scaphoïde, l'intégrité des articulations voisines, ne nous permettaient pas de porter un autre diagnostic que celui de scaphoïdite tarsienne ; l'examen anatomique, macroscopique et microscopique du noyau osseux scaphoïdien, devait nous fournir des notions fort intéressantes.

Le scaphoïde, une fois enlevé, est coupé en deux, perpendiculairement à son grand axe. Le noyau osseux central présente des lésions évidentes ; le tissu spongieux est fissuré et fragmenté en partie surtout au voisinage de la surface articulaire astragalienne. Le reste du tissu spongieux est bien conservé, ainsi que le noyau cartilagineux qui l'entoure. Les cartilages articulaires des deux faces antérieure et postérieure du scaphoïde, ne présentent pas de lésions.

L'examen microscopique des coupes pratiquées au niveau des lésions visibles à l'œil nu, montre les détails suivants :

1° A un faible grossissement, on voit en bas le noyau cartilagineux normal ; le reste de la préparation montre le tissu osseux spongieux dont les espaces médullaires sont très

agrandis et en partie remplis par une moelle très fibreuse et vascularisée. Vers le centre de la coupe, on aperçoit une zone inflammatoire et nécrotique en plein tissu médullaire: les travées osseuses voisines sont en partie érodées, mais encore bien reconnaissables.

2° A un plus fort grossissement, le nodule de nécrose médullaire apparaît, constitué par des polynucléaires et des mononucléaires très nombreux entourant des amas informes de débris cellulaires. Le tissu médullaire voisin est fibreux et bien vascularisé. Il n'a pas été possible de colorer des microbes sur les coupes (bleu de méthylène, Ziehl et violet de gentiane gram).

En l'absence de cultures et d'inoculations, il est impossible de déterminer la cause de cette inflammation médullaire à tendance nécrotique en certains points.

Mais il est évident pour nous, de par l'examen des coupes, qu'il s'agit ici d'un processus d'ostéomyélite atténué avec formation de petits foyers nécrotiques.

La calcification excessive du noyau scaphoïdien altéré, qui est le fait dominant de l'image radiographique de la scaphoïdite tarsienne, nous paraît représenter une réaction de défense du tissu osseux. Suivant les cas, cette calcification se présente soit sous forme de noyaux isolés, qui donnent à l'image radiographique un aspect pommelé, tigré, soit sous forme de larges trainées plus ou moins irrégulières, qui peuvent faire croire à l'existence d'une fracture par compression. C'est sous ce dernier aspect que nous est apparue le plus souvent la scaphoïdite dans nos observations personnelles ou dans celles que nous avons trouvées dans la littérature médicale. Il nous paraît probable que l'aspect tigré, pommelé, répond à un stade de début de l'affection.

Cette observation ne laisse pas de doute, elle prouve péremptoirement que la scaphoïdite tarsienne peut être causée par le staphylocoque à virulence atténuée. Faite par des chercheurs de grande valeur dont l'un, peu de temps auparavant, défendait la théo-

rie de la fracture pathologique, elle rallia la plupart des auteurs à la théorie inflammatoire.

A partir de cette date, l'opinion fut nettement orientée vers l'hypothèse d'une ostéomyélite atténuée. Plusieurs observations furent publiées qui confirmèrent cette façon de voir ; le type en est celle d'Estor publiée dans la *Revue d'Orthopédie* de 1925. Une sca-phoïdite tarsienne est apparue au décours d'une staphylococcie d'abord localisée à l'oreille moyenne, puis à la peau, puis aux ganglions et enfin au sca-phoïde.

*OBSERVATION. — Un cas de scaphoïdite tarsienne
des jeunes enfants, par E. ESTOR*
(extraite de la « Revue d'Orthopédie », 1925)

La rareté de cette affection, on en connaît une cinquantaine de cas, m'a engagé à publier l'observation suivante :

Il s'agit d'un garçon de quatre ans très robuste et ne présentant aucun stigmate d'érédo-syphilis, qui a été amené à ma consultation le 17 janvier 1925.

Son père est mort de paludisme contracté pendant la guerre, en Orient, sa mère est très bien portante et travaille aux champs.

En janvier 1924, cet enfant a été atteint d'une suppuration de l'oreille moyenne, qui a été guérie par une perforation spontanée de la membrane du tympan.

En septembre de la même année, il a présenté, sur tout le menton, de l'impétigo, dont on voit encore les traces. Cette éruption s'est compliquée d'adénite cervicale non suppurée.

Au début de décembre 1924, sans cause connue, sans traumatisme, l'enfant s'est plaint brusquement, le matin au réveil, de souffrir du pied gauche. Il s'est cependant levé et a pu marcher pendant la journée, mais péniblement et en boitant. Le lendemain, la marche était impossible, et depuis lors l'enfant n'a plus marché. La température n'a pas été prise.

Le traitement a consisté pendant les premiers jours en pansements humides et en badigeonnages à la teinture d'iode. Depuis une vingtaine de jours, le pied est immobilisé dans une gouttière plâtrée. Il existe une enflure à contours mal limités, occupant la face interne du tarse et du métatarse. Comparé au pied sain, le pied malade (le gauche) est plus épais. La pression des parties tuméfiées, qui était douloureuse au début de la maladie, est indolore aujourd'hui.

La flexion forcée du pied sur la jambe est douloureuse. Il en est de même de l'abduction et de l'adduction, mais à un moindre degré. Les mouvements de torsion ne sont jamais douloureux. Très légère atrophie des muscles de la jambe.

La radiographie est très démonstrative. On voit nettement sur le cliché un scaphoïde aplati, de coloration beaucoup plus foncée que les os voisins et de contours très irréguliers. Les autres os du pied sont sains. C'est un cas indiscutable de scaphoïdite tarsienne.

b) *La scaphoïdite tarsienne peut être d'origine tuberculeuse*

Déjà, en 1923, dans le *Bulletin de la Société de Chirurgie de Lyon*, NOVÉ JOSSERAND avait publié un cas de scaphoïdite tarsienne où le B. K. était en cause ; mais on pensait qu'il s'agissait d'une simple coïncidence, et MARCHAND, en 1923, dans sa thèse de Doctorat, inspirée par MOUCHET, qui reflète l'opinion alors communément admise, écrivait :

« On peut affirmer que ce n'est pas une ostéite syphilitique, les symptômes, l'aspect radiologique, l'évolution de la maladie, et le plus souvent l'absence de commémoratif, sont contraires à cette hypothèse. Ce n'est pas davantage de l'ostéite tuberculeuse et l'observation, unique en son genre, de Nové-Josserand, dans laquelle une ostéo-arthrite, d'apparence tuberculeuse, a compliqué une scaphoïdite, typique, ne nous paraît pas prouver d'une façon péremptoire qu'il y ait des scaphoïdites de nature tuberculeuse ; il s'agit sans doute d'une coïncidence fortuite. Jamais, depuis qu'on utilise les rayons X, on n'a vu un foyer d'ostéite tuberculeuse revêtir l'apparence radiographique du scaphoïde dans la scaphoïdite tarsienne. La caractéristique, dans la tuberculose, c'est la décalcification, — dans la scaphoïdite, c'est la calcification. »

En 1924, avec LECÈNE et MOUCHET, la théorie inflammatoire s'impose, mais la scaphoïdite tarsienne d'origine tuberculeuse demeure une impossibilité.

Jusqu'en 1929, date à laquelle MASSABUAU et MARCHAND publièrent un cas de scaphoïdite tarsienne tuberculeuse, on a pensé que le staphylocoque était le seul germe pouvant réaliser la scaphoïdite tarsienne.

L'argument essentiel que l'on oppose à NOVÉ-JOSSERAND a, il faut le reconnaître, une réelle valeur : « La caractéristique de la tuberculose, c'est la décalcification ; dans la scaphoïdite, c'est la calcification excessive ». Mais que peut cet argument contre les faits apportés par MM. MASSABUAU et MARCHAND ?

L'agent microbien en cause a été vu dans les ganglions du cobaye inoculé ; c'était bien le bacille de Koch. Avant même cette preuve irréfutable donnée par le laboratoire de bactériologie, l'étude anatopathologique avait donné aux auteurs la certitude de l'existence du bacille de Koch en montrant la présence de follicules tuberculeux typiques dans les tissus contigus au scaphoïde. « La preuve est encore dans l'évolution qui a permis d'établir une relation d'identité entre le processus tuberculeux des tissus mous mais aboutissant à un kyste synovial d'abord, à une ulcération de la peau ensuite, le processus d'ostéite qui, dès la première radiographie peut être aperçu sous la forme d'un coup d'ongle interne, au niveau du scaphoïde et d'une densification du reste du noyau ».

Tandis que le processus tuberculeux des tissus mous aboutissait à un kyste synovial, puis à une ulcération de la peau, du côté du scaphoïde, il se réalisait une affection présentant les signes radiographiques d'une scaphoïdite tarsienne. Cette observation justifie donc pleinement l'hypothèse émise par NOVÉ-JOSSERAND, à

savoir que certaines scaphoïdites tarsiennes peuvent être d'origine tuberculeuse.

En juillet 1930, MM. AIMES et ESTOR apportent leur contribution à cette thèse dans une observation publiée dans la *Revue d'Orthopédie*.

Ici le laboratoire reste muet, mais les signes cliniques sont d'une grande netteté.

Leur malade présente des antécédents tuberculeux très nets, en particulier une tuberculose fongueuse du genou droit plâtré à plusieurs reprises par M. NOVÉ-JOSSERAND en 1921. Le bacille de Koch se trouve dans ses antécédents héréditaires et collatéraux.

La symptomatologie réduite de la scaphoïdite tarsienne se trouve ici renforcée. Le début lent de la maladie, l'apparition tardive de la tuméfaction tibio-tarsienne, les poussées fébriles présentées par leur malade, peuvent correspondre à une affection d'origine tuberculeuse et pourtant il s'agit bien de scaphoïdite tarsienne. La radiographie a montré les signes caractéristiques de cette affection : fragmentation, augmentation de l'opacité du scaphoïde.

Cette observation nous montre donc chez un tuberculeux avéré une scaphoïdite tarsienne évoluant au pied gauche en même temps que des abcès froids, tandis que l'autre pied reste indemne. N'est-il pas logique de considérer ces abcès froids et cette scaphoïdite comme la conséquence d'une même cause : la présence du bacille de Koch !

OBSERVATIONS

Un cas de scaphoïdite du pied complicquée de tuberculose du tarse

par NOVÉ-JOSSERAND, de Lyon

(Communication de la Société de Chirurgie de Lyon,
15 février 1923) (dans *Lyon Chirurgical*, t. xx, n° 4,
juillet-août 1923)

Il s'agit d'un garçon de cinq ans, qui vint à la consultation le 8 septembre 1921. Il avait fait, un mois auparavant, une chute, qui ne semblait pas avoir intéressé particulièrement le pied, mais, dix jours après, il avait souffert de ce pied, qui avait légèrement enflé.

A l'examen, on trouve une tuméfaction du dos du pied, ayant son maximum au niveau du scaphoïde et des cunéiformes et s'étendant en arrière jusqu'à la malléole interne.

Les veines superficielles sont dilatées et apparentes. Cette tuméfaction est dure, manifestement produite par l'épaississement du squelette ; le bord interne du pied est épaissi. La voûte plantaire est conservée, le pied est même légèrement creux. Légère douleur à la pression sur la région médio-tarsienne, sans localisation précise sur le scaphoïde. Les mouvements sont libres dans le sens de la flexion dorsale, légèrement réduits dans le sens de la flexion plantaire et de la pronosupination. Atrophie du mollet. Tuméfaction nette des ganglions inguinaux.

La radiographie montre une lésion typique du scaphoïde. Cet os est condensé, opaque, atrophié, et aplati en forme de demi-lune à convexité antérieure. Les os voisins sont un peu décalcifiés, mais leur contour et leur trabéculatation sont normaux.

Bandage plâtré.

11 décembre 1921. La tuméfaction du bord interne du pied un point douloureux net sur le scaphoïde. Les mouvements augmentés, sans qu'il y ait notablement de l'œdème. On note de la médio-tarsienne sont légèrement réduits. .

La radiographie montre que l'atrophie du scaphoïde s'est accentuée, l'os est moins dense, et sa face antérieure est dentelée.

On note, de plus, des lésions des cunéiformes, dont la décalcification a augmenté, surtout en arrière, où la ligne de contour a complètement disparu. Le scaphoïde paraît tendre à se luxer en bas, par rapport à eux.

L'affection prenait donc le caractère d'une ostéo-arthrite anté-tarsienne. L'enfant fut envoyé à Giens, où il a passé toute l'année 1922, à faire du repos et de l'héliothérapie.

Pendant son séjour, un abcès se forma à la face interne du pied, il fut ouvert à deux reprises, suppura longtemps.

6 février 1923. Les fistules sont taries, laissant une cicatrice plantaire au niveau de la partie moyenne du bord interne du pied et une autre située au niveau du scaphoïde.

Il persiste un épaissement notable du massif interne du tarse antérieur. Les mouvements sont à peu près normaux, même la prosupination et la rotation de l'avant-pied. L'enfant marche volontiers, en boitant à peine, cependant il souffre encore un peu quand on lui met ses chaussures.

La radiographie montre que le scaphoïde a continué à s'atrophier. Il n'est plus représenté que par une mince lentille, large d'à peine un centimètre et épaisse de deux millimètres environ, qui ne se voit nettement que sur l'épreuve de profil.

Tout le squelette du pied est décalcifié. On note cependant que le contour postérieur des cunéiformes est redevenu nettement visible sur l'épreuve de profil. La tête de l'astragale est toujours légèrement subluxée en bas.

MM. MASSABUAU ET MARCHAND

Revue d'Orthopédie, 1929

Le jeune H... Emmanuel, âgé de 3 ans, entre dans notre service le 15 avril 1926, pour une petite tuméfaction de la

face dorsale du pied gauche, au niveau du bord interne de ce pied.

Le début date de deux mois, moment auquel les parents se sont aperçus de la tuméfaction. Depuis : aucune augmentation de volume, jamais de douleur.

La marche se fait sans aucune gêne.

A l'examen :

A l'inspection, on constate la présence sur le bord interne du pied gauche, au-dessous et en avant de la malléole interne, d'une petite tumeur, du volume d'une noisette, à contours très nets, d'une consistance que la palpation nous donne comme assez molle.

La palpation permet, en outre, de se rendre compte de la parfaite mobilité de la tumeur sur les plans superficiels et les tissus voisins. Cependant, dans la profondeur, elle paraît adhérente en un point.

L'exploration des mouvements faite systématiquement en étudiant successivement les articulations tibio-tarsienne, sous-astragalienne, médiotarsienne et tarso-métarsienne, montre que les mouvements sont conservés dans toute leur amplitude et indolores.

Un Wassermann pratiqué donne un résultat négatif.

Un examen radiologique ne parut pas porter d'élément ayant un caractère positif.

Cependant un examen attentif permet de voir :

1° Une différence de transparence des noyaux du scaphoïde, par augmentation de l'opacité du scaphoïde gauche. Cette augmentation de l'opacité est diffuse à tout le noyau et tranche sur l'opacité moindre des autres os du tarse.

2° Une différence de forme des deux noyaux scaphoïdiens. Le noyau du côté gauche affecte une forme telle que ses limites, au lieu de former un ovale régulier, comme du côté droit, montrent une zone rectiligne d'aplatissement interne.

Quoi qu'il en soit, les lésions osseuses étaient minimales et l'indication d'intervenir fut posée secondairement à l'établissement du diagnostic de kyste arthro-synovial.

Intervention. — Le 28 avril 1926, le kyste fut abordé sous anesthésie générale à l'éther, par incision sur le dos du pied.

La tumeur s'énucléa facilement, fut d'une dissection aisée. Elle était de consistance mollasse et fut l'objet d'une ablation complète.

Les suites opératoires immédiates furent banales : réunion per primam sans incident.

A l'ouverture, le kyste avait un contenu gélatineux, qui fut prélevé aux fins d'inoculation au cobaye.

Pratiquée le même jour, le résultat de cette inoculation en fut connu le 2 juillet (Laboratoire de Microbiologie des Cliniques, Docteur Richaud).

Nous le reproduisons in-extenso : « Le cobaye présente une polyadénite de l'aine (cuisse injectée).

» A l'examen direct, on trouve du Bacille de Koch, dans les ganglions caséux. »

La totalité du kyste a été envoyée au Laboratoire d'Anatomie pathologique, où M. le Docteur E. Bosc nous donna la réponse suivante :

» Kyste synovial de la face dorsale du cou-de-pied.

» Le fragment envoyé présente trois parties très distinctes. La paroi interne est complètement dissociée, nécrosée, caséifiée.

» La partie moyenne présente une paroi conjonctive très infiltrée et parsemée de pertuis caséifiés.

» L'infiltration est due à la présence de lymphocytes, qui se disposent sous la forme nodulaire.

» Au centre de ces nodules on aperçoit une ou deux cellules géantes, entourées de cellules épithélioïdes et embryonnaires. C'est donc là la constitution intime du follicule tuberculeux. Ces tubercules sont très nombreux et affectent tous la même forme.

» La partie externe de la paroi est constituée par un tissu cellulo-adipeux inclus dans des travées conjonctives très épaissies.

» Les vaisseaux présentent des phénomènes d'endartérite très avancée, à telles enseignes que certains sont complètement oblitérés.

» D'après cet exposé, on est en droit de conclure que l'on

se trouve en présence d'un kyste synovial tuberculeux à forme chronique.

» Les recherches du B. de Koch, dans les coupes, n'ont donné aucun résultat. »

L'enfant revient dans le service le 7 janvier 1927. Il est porteur d'ulcérations du pied gauche et souffre de ce pied.

A l'examen :

On constate à l'inspection, deux ulcérations arrondies, de la surface d'environ une pièce de un franc.

Les bords en sont taillés à pic ; le fond est recouvert de pus.

Ces ulcérations semblent ne pas communiquer avec des foyers profonds et on ne constate pas d'orifices de fistules.

Une de ces ulcérations siège sur la cicatrice : au-dessous et en avant de la molléole interne ; l'autre sur le dos du pied : sur l'interligne articulaire médio-tarsien.

L'exploration des mouvements des articulations tibio-tarsienne, sous-astragaliennne et médio-tarsienne, montre que la dernière seule est le siège de la douleur.

L'examen radiologique pratiqué, montre :

1° L'intégrité de l'articulation médio-tarsienne et en particulier de l'articulation astragalo-scaphoïdienne du côté malade.

2° Des altérations de forme, de volume; et de structure du scaphoïde gauche, qui est aplati d'avant en arrière et présente des bords irrégulièrement dentelés, peu nets.

Sa forme générale est celle d'un ménisque concave par sa face postérieure, convexe par sa face antérieure.

Son volume paraît diminué, malgré l'étalement en surface.

La structure présente deux zones : 1° une zone périphérique et externe, peu dense, où la corticale ne fait pas comme sur les cunéiformes voisins, un liseré perceptible ; 2° une zone centrale et interne (par rapport à l'axe du pied), où il existe un noyau anormalement dense, que la vue de profil situe bien au centre du scaphoïde, un peu plus près cependant de sa face postérieure (Cf. les Radiogrammes, II, II' et II'', du 31 janvier 1927).

Relevons également sur cette radiographie, une bascule en avant et en bas de l'astragale, du côté gauche.

Pied droit normal, servant de témoin.

**

Au bout d'un mois environ, la cicatrisation des ulcérations est complète, grâce au repos. Le pied est œdématisé, surtout sur son bord interne.

Les mouvements de la médio-tarsienne sont légèrement douloureux.

La palpation du scaphoïde est douloureuse.

En raison des commémoratifs, le diagnostic de scaphoïdite tuberculeuse est porté. Le syndrome radiologique est cependant celui de la maladie de Koehler.

Du 31 janvier 1927 au mois de mars 1928, le jeune malade eut son pied immobilisé dans une boîte plâtrée.

Une série de radiographies nous permet de voir le scaphoïde s'aplatir encore jusqu'en août 1927, puis son volume et sa forme se régularisent progressivement, sans toutefois redevenir absolument normaux. Les contours sont irréguliers, mais nets (mars 1928).

La structure est devenue sensiblement la même que celle des autres os du tarse, à l'exception d'une travée transversale plus dense, qui occupe la partie moyenne de l'os sur une vue de face, et la partie postérieure sur une vue de profil. On reconnaît la disposition et la topographie du noyau dense perçu en janvier 1927.

La structure trabéculaire à direction antéro-postérieure est normale dans le reste de l'os.

La marche est reprise après qu'un examen clinique a montré l'indolence absolue du pied.

L'évolution a duré 23 mois si l'on tient pour une seule et même affection les causes des deux hospitalisations successives.

La durée de la deuxième hospitalisation a été de 14 mois.

Par MM. A. AIMES et H. ESTOR

(Revue d'Orthopédie, 1930)

C... Jeannine, née le 23 juin 1916.

A. H. : Père et mère en bonne santé. Grand-père maternel mort de bronchite tuberculeuse à 62 ans. Deux tantes, l'une décédée de tuberculose pulmonaire à l'âge de 22 ans ; l'autre de laryngite tuberculeuse à 25 ans.

Une troisième tante a un enfant atteint de mal de Pott.

A. P. : Née à terme. A l'âge de un an et demi, entérite avec forte fièvre de longue durée. Depuis cette époque, poussées d'entérite de temps en temps. En août 1918, l'enfant, s'étant amusée avec un chien reconnu hydrophobe, suit le traitement antirabique.

En février 1921, tuberculose fongueuse du genou droit, soignée par Nové-Josserand, par des plâtres successifs. Une ponction a été faite sur la face interne du genou droit. Cette tuberculose est guérie depuis 1923, avec un très bon résultat : Le genou est sec, l'extension normale, la flexion atteint presque l'angle droit.

En juillet 1921, rougeole.

Maladie actuelle. — En août 1923 l'enfant marche difficilement, l'appui sur le pied gauche se fait, nous dit le père, « comme si l'enfant avait un pied plat ». Mais cette démarche anormale n'est pas douloureuse.

En décembre 1928, seulement apparaît de la tuméfaction dans la région médio-tarsienne, et on constate, tous les jours, vers 17 heures, une température de 38°5. L'état ne s'est pas modifié depuis ce moment. L'enfant souffre du pied, dont l'appui est impossible. La température se maintient entre 37°3 le matin et 38°3 le soir.

Examen. — La jambe gauche est très amaigrie. Le pied est très tuméfié, dans sa partie moyenne, et porte deux saillies, l'une fluctuante, de faibles dimensions, sans modification de coloration de la peau, sur le bord interne du pied, au niveau du scaphoïde ; l'autre, occupant la totalité du médio-tarse

dans sa partie dorsale et externe, avec peau tendue, rouge, luisante, très douloureuse. La concavité de la voûte plantaire a disparu. La tibiotarsienne est normale, mais l'enfant fixe son pied en léger équinisme, à cause des phénomènes douloureux.

Le 31 janvier 1929, on vide l'abcès dorsal, qui donne 20 à 30 cc. de pus, bien lié, dans lequel l'examen bactériologique ne montre pas de microbes.

La radiographie a permis de voir : 1° une scaphoïdite tarsienne caractérisée par la fragmentation et l'opacification très marquée du scaphoïde (une radiographie du pied droit ne montre aucune lésion du scaphoïde) ;

2° Cette opacification s'oppose à la raréfaction osseuse et à la décalcification, importantes elles aussi, du reste du pied.

Après la ponction de l'abcès dorsal et sous l'influence de pansements humides à l'eau de mer, l'état local s'améliore rapidement, les douleurs se calment, l'équinisme se réduit. L'abcès froid scaphoïdien diminue progressivement de volume. Il se résorbe ensuite lentement et disparaît sans qu'il soit nécessaire de recourir à la ponction.

L'abcès froid dorsal s'ouvre par deux fistules qui se guérissent à peu près complètement dans le courant de 1929.

CONCLUSION

L'aspect radiologique qui sembla pendant longtemps conférer à la scaphoïdite tarsienne une sorte de spécificité, peut être réalisé par la localisation sur le scaphoïde de germes divers. Depuis 1924, avec MM. Paul LECÈNE et Albert MOUCHET, on admet qu'il est le plus souvent le fait du staphylocoque à virulence atténuée. En janvier 1929, dans la *Revue d'Orthopédie*, MM. MASSABUAU et MARCHAND démontrèrent que le bacille de Koch était quelquefois en cause. Enfin, par l'observation placée au début de cette thèse, Mlle SENTIS et M. AIMES montrèrent que le bacille d'Ebert pouvait réaliser le même tableau clinique et le même aspect radiologique ; nous sommes persuadés que d'autres observations viendront confirmer leur hypothèse. La situation du scaphoïde, clef de voûte du pied, son ossification tardive, c'est de tous les os du tarse le dernier à s'ossifier, ne le prédisposent-elles pas à ces infections par germes atténués ! La bénignité de l'affection a retardé l'étude de sa pathogénie ; guérissant spontanément il y a peu de recherches anatomopathologiques. Actuellement, la question est tranchée : La scaphoïdite tarsienne des jeu-

nes enfants est le plus souvent d'origine infectieuse. Il ne suffit donc plus de porter un diagnostic positif de scaphoïdite, il faut maintenant rechercher le germe causal.

A propos de cette affection, on ne peut plus dire comme MOUCHET et RÆDERER :

« La clinique n'est presque rien et la radiographie est tout ». M. MOUCHET *lui-même*, qui fit à la Société Nationale de Chirurgie, un rapport sur l'observation de Mlle SENTIS et M. AIMES, pense que sa phrase devrait être complétée « La radiographie est tout à condition d'être constamment contrôlée par la clinique ».

La symptomatologie de cette affection est si fruste que la radiographie était tout à l'époque où les auteurs faisaient de la scaphoïdite tarsienne une entité morbide.

Maintenant, la radiographie demeure tout ; quant au diagnostic de la lésion, mais il faudra faire un diagnostic étiologique pour lequel la clinique reprend tous ses droits.

Nous sommes loin du temps où M. Jean-Marie MARCHAND écrivait à la fin de sa thèse :

« Nous estimons avec MM. MOUCHET et RÆDERER qu'il y a un intérêt pratique, presque social, à connaître la scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants et à ne pas la confondre avec la tuberculose.

Depuis, nos maîtres ont publié les observations que nous rapportons et qui nous permettent de conclure toujours avec M. MOUCHET : « Il conviendra dorénavant, lorsqu'on aura porté un diagnostic de scaphoïdite tarsienne, de se méfier d'une fièvre typhoïde antérieure ou d'une tuberculose locale commençante ».

BIBLIOGRAPHIE

- KOHLER. — Sur une maladie fréquente de quelques os des enfants, paraissant jusqu'ici inconnue. *Münchener medizinische wochenschrift*, n° 37, 15 septembre 1908.
- KOHLER. — La maladie de Kohler du scaphoïde du pied chez les enfants, n'est pas une fracture. *Arch. für Klinische chirurgie*, 1913, p. 560-563.
- RÖDERER. — Une anomalie de développement du scaphoïde tarsien. *Société de Pédiatrie*, 24 juin 1920.
- RADOULOVITCH. — De la scaphoïdite de croissance. Thèse de Nancy, 1921, n° 158.
- RÖDERER. — Un cas de scaphoïdite familiale. *Bulletin de la Société de Pédiatrie*, 16 juin 1922.
- MARCHAND. — La scaphoïdite tarsienne des jeunes enfants. Thèse de Paris, 1923, n° 383.
- LECÈNE et MOUCHET. — Revue d'orthopédie, 1924, p. 105. *Bulletin de la Société de Chirurgie*, 1924, p. 143.
- MOUCHET. — Etude radiologique. *Bulletin de la Société de Chirurgie de Paris*, t. XLVIII, p. 572.
- NOVE JOSSEERAND. — Un cas de scaphoïdite du pied compliquée de tuberculose du tarse. *Société de Chirurgie de Lyon*, 15 février 1923.
- ESTOR (E.). — Revue d'orthopédie, 1925.
- MASSABUAU et MARCHAND. — Revue d'orthopédie, janvier 1929.
- AIMES et ESTOR (H.). — Revue d'orthopédie, juillet 1930.
- Scaphoïdite tarsienne post-typhique. *Bulletin et mémoire de la Société de Chirurgie de Paris*, 19 novembre 1930.

En ma qualité de Censeur de
tour, j'ai lu la Thèse ayant pour
titre :

*Contribution à l'étude pathogéni-
que de la scaphoïdite tarsienne.
(Scaphoïdite tarsienne post-thyphi-
que).*

par M. TAILAME

Je pense que la Faculté peut
en permettre l'impression.

Montpellier, le 3 mai 1933.

Le Professeur,
MASSABUAU.

Vu :

Montpellier, le 3 mai 1933.

Le Doyen,

EUZIERE.

Vu et permis d'imprimer :

Montpellier, le 4 mai 1933.

Le Recteur,

TAILLIART.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Etre suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !

